

## MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA **TRANSPORTE**

FECHA  /  /

BENEFICIARIO  DNI  EDAD

**Solicito transporte** hacia  (prestación).

Desde  hasta  2025.

Con dependencia  SI  NO (tachar lo que corresponda)

Justificación medica del por qué no se puede trasladar en transporte público:.....

.....

.....

.....

Diagnóstico

.....  
Firma y sello del profesional solicitante